

## **ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Фомина М.П., Дивакова Т.С.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Беременность и послеродовой период являются триггерами тромботических осложнений, так как сопровождаются повреждением сосудов, изменением гемодинамики вследствие дилатации вен нижних конечностей, малого таза и компрессии беременной маткой нижней полой вены, физиологической гиперкоагуляцией [1]. Ведение беременности и подбор антикоагулянтной терапии у пациенток с рецидивирующими венозными тромбозами нижних конечностей в период гестации является сложной задачей, так как эти женщины – группа высокого риска по развитию соматических и акушерских осложнений

**Цель.** Определение рациональной антикоагулянтной терапии у пациенток с рецидивирующими венозными тромбозами нижних конечностей во время беременности и в послеродовом периоде

**Материалы и методы.** Проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 14 женщин с венозными тромбозами нижних конечностей. Основную группу составили 4 пациентки в возрасте  $33,6 \pm 2,4$  года с рецидивирующими венозными тромбозами нижних конечностей во II и III триместрах беременности. В основной группе первичный эпизод тромбоза проявился в виде илеофemorального тромбоза ( $n = 1$ ), острого восходящего тромбоза подкожных вен верхней трети бедра ( $n = 3$ ), а рецидив в виде острого тромбоза подкожных вен средней, нижней трети контралатерального бедра и голени. В группу сравнения вошли 10 беременных в возрасте  $28,3 \pm 3,7$  лет с однократным эпизодом венозного тромбоза нижних конечностей во II или III триместрах беременности. У всех пациенток проводили исследование системы гемостаза. Венозный тромбоз нижних конечностей у пациенток двух групп подтверждали результатами ультразвукового дуплексного сканирования. Функциональное состояние фетоплацентарного комплекса оценивали у беременных при трансабдоминальной сонографии с доплерометрией кровотока в маточных артериях, артериях пуповины, артериальных и венозных сосудах плода

**Результаты и обсуждение.** В основной группе и группе сравнения антикоагулянтную терапию низкомолекулярными гепаринами в терапевтической дозе (надропарин кальция  $0,6$  мл/сутки) начинали после установления диагноза под контролем уровня D-димера в плазме крови. После нормализации уровня D-димера в плазме осуществляли переход на профилактическую дозу низкомолекулярного гепарина (надропарин кальция  $0,3$  мл/сутки). Однако у 4 (100%) пациенток основной группы на фоне применения профилактической дозы надропарина кальция имел место рецидив венозного тромбоза нижних конечностей во II и III триместрах гестации, что потребовало перевода беременных на терапевтический режим дозирования. У 1 (25,0%) пациентки с двукратным рецидивом венозного тромбоза (первичный эпизод – в 19 – 20 недель, рецидивы – в 25 – 26 недель и в 35 – 36 недель беременности) выполнили перевязку устья v.saphena magna

В основной группе гестоз с минимально выраженной клинической картиной развился у 1 (25,0%) беременной, а в группе сравнения гестоз имел место у 4 (40,0%) пациенток и протекал с преобладанием отёчного синдрома ( $\chi^2 = 1,0$ ,  $p < 0,32$ ). Плацентарная недостаточность отмечена у 2 (50,0%) женщин основной группы и у 4 (40,0%) из группы сравнения ( $\chi^2 = 0$ ,  $p < 1$ ). Асимметричная форма синдрома задержки внутриутробного развития I степени диагностирована у 1 (25,0%) беременной основной группы, что не наблюдалось в группе сравнения ( $\chi^2 = 0,25$ ,  $p < 0,62$ ). У 2 (50,0%) беременных основной группы и у 3 (30,0%) из группы сравнения отмечено преходящее нарушение маточно-плацентарного кровотока Ia степени ( $\chi^2 = 1,33$ ,  $p < 0,25$ ). В отличие от группы сравнения у 2 (50,0%) пациенток основной группы был отягощенный акушерский анамнез: антенатальная гибель 1 плода из двойни ( $n = 1$ ), синдром потери плода ( $n = 1$ ). У 3 (75,0%) беременных основной группы обнаружен хронический инфекционный процесс: в 2 (50,0%) случаях хронический цервицит и кольпит с выявленной флорой (уреаплазма, гарднереллы, кандиды), в 1 (25,0%) – гестационный пиелонефрит, в 1 (25,0%) – множественный кариес. В группе сравнения очаги хронической инфекции были выявлены у 2 (20,0%) пациенток, что достоверно отличалось от показателей основной группы ( $\chi^2 = 5,33$ ,  $p < 0,02$ ). В основной группе нарушением жирового обмена I степени страдали 2 (50,0%) женщины, что не отличалось от группы сравнения ( $\chi^2 = 1,33$ ,  $p < 0,25$ ). Указания на варикозную болезнь вен нижних конечностей имели 3 (75,0%) беременных основной группы в отличие от группы сравнения ( $\chi^2 = 5,33$ ,  $p < 0,02$ ).

3 (75,0%) беременных основной группы и 7 (70,0%) из группы сравнения были родоразрешены операцией кесарева сечения. Низкомолекулярные гепарины отменяли за сутки до операции и возобновляли через 6 – 8 часов после операции в течение 10 дней. При родоразрешении через естественные родовые пути надпропарин кальция отменяли за 24 часа до родов, при незапланированном начале родов – с началом родовой деятельности, и возобновляли через 4 – 6 часов после завершения родов в течение 5 – 7 дней. Ни у одной из женщин основной группы и группы сравнения в периоперационном и послеродовом периоде не определялось симптомов тромбоза малого таза и нижних конечностей. У 3 (30,0%) родильниц группы сравнения на фоне введения профилактических доз низкомолекулярных гепаринов сохранялась гиперкоагуляция крови, что потребовало терапевтической дозы препарата. В послеродовом периоде родильницам обеспечивали положение гела с приподнятыми ногами, раннюю мобилизацию, адекватную гидратацию, профилактику гнойно-септических осложнений (цефотаксим, метронидазол), продолжали местную и компрессионную (компрессионный трикотаж I – II класса) терапию 4 – 6 месяцев. После отмены низкомолекулярных гепаринов назначали аспирин (75 мг/сутки) и дипиридамол (0,075 мг/сутки). В основной группе 1 родильница была переведена на не прямые антикоагулянты.

В основной группе и группе сравнения все дети родились живыми доношенными. Средняя масса новорожденных в основной группе составила  $3360,0 \pm 380,0$  г, средний рост –  $51,0 \pm 2,0$  см, что не отличалось от группы сравнения ( $p > 0,05$ ). В основной группе и группе сравнения все дети родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 и 8-8 баллов. У 2 (50,0%) новорожденных основной группы выявлена патология (гемолитическая болезнь, малые аномалии сердца). При морфологическом исследовании последа в основной группе в 2 (50,0%) случаях были выявлены тромбозы материнской части плаценты с очаговыми

инфарктами, в 1 (25,0%) – субамниотические кисты, в 2 (50,0%) – базальный децидуит. В группе сравнения верифицировали базальный и париетальный децидуит – в 4 (40,0%), субхориальный интервиллэрит – в 1 (10,0%), зрелую плаценту с компенсаторными изменениями – в 5 (50,0%) случаях.

**Выводы.** Применение терапевтических доз низкомолекулярных гепаринов вплоть до родоразрешения у беременных с рецидивирующими тромбозами в условиях адекватного контроля гемостаза позволяет избежать тромботических и геморрагических осложнений, предотвратить осложнения беременности и добиться рождения живых доношенных детей. Обязательным условием ведения родильниц с рецидивирующими тромбозами во время беременности являются низкомолекулярные гепарины, режим дозирования которых определяется степенью риска венозных тромботических осложнений и уровнем D-димера в плазме крови

Литература:

1. Фомина М.П., Дивакова Т.С. Течение беременности и её исходы у женщин с высоким риском тромбообразования // Репродуктивное здоровье в Беларуси. - №5 (5). - 2009 – С. 52 – 57.